Deutscher Bundestag **Drucksache 16/8528**

16. Wahlperiode 12. 03. 2008

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Jens Ackermann, Michael Kauch, Detlef Parr, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Michael Link (Heilbronn), Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung – Drucksachen 16/7439, 16/7486, 16/8525 –

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Bei dem Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz handelt es sich nicht um die „grundlegende“ oder gar „große“ Reform, wie sie von der CDU/CSU und SPD angekündigt wurde. Der wichtigste und dringendste Teil, nämlich eine Finanzreform, die die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) generationengerecht auf eine alternde und schrumpfende Gesellschaft vorbereitet, fehlt vollständig.

Bleibt es in der GPV beim Umlageverfahren, werden massive Beitragssatzerhöhungen und empfindliche Leistungskürzungen allein schon auf Grund des demografischen Wandels unvermeidbar sein. Experten rechnen bis ins Jahr 2050 mit einer bis zu Verdreifachung der Zahl der Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Beitragszahler um ein Drittel. Allein demografisch bedingt wird deshalb der Beitragssatz im selben Zeitraum auf über 4 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens steigen müssen. Eine höhere Nachfrage nach

der teureren professionellen Pflege sowie der auf Grund der demografischen Entwicklung auch in der Pflege absehbare Fachkräftemangel, der die Aufwendungen für die Pflege auf Grund tendenziell steigender Löhne weiter erhöht, werden den Beitragssatz noch über dieses Niveau hinaus steigen lassen.

Um einerseits die im Gesetzentwurf enthaltenen Leistungsverbesserungen kurzfristig finanzieren zu können und sich andererseits in der Finanzierungsfrage bis spätestens 2014/2015 Luft zu verschaffen, hebt die Bundesregierung den Beitrag zur GPV ab dem 1. Juli 2008 von 1,7 auf 1,95 Prozent bzw. von 1,95 auf 2,2 Prozent für kinderlose Mitglieder an. Nach dem durch das Kinder-Berücksichtigungsgesetz eingeführten „Kinderlosenstrafbeitrag“ in Höhe von 0,25 Prozent ab dem Jahr 2005 und dem aus dem Vorziehen der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge resultierenden 13. Beitrag zur GPV im Jahr 2006 handelt es sich hierbei schon um die dritte Beitragserhöhung in den letzten vier Jahren.

Die jeweils jüngeren Generationen werden künftig immer mehr für die jeweils älteren Generationen aufwenden müssen, ohne davon ausgehen zu können, dass sie im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit mit demselben Leistungsumfang rechnen können wie ihre Großeltern- oder Elterngeneration. Zusätzliche Leistungen erhöhen in der umlagefinanzierten GPV die auf die jüngere und nachfolgende Generation ohnehin schon verschobenen Finanzierungslasten. Die schwarz-rote Koalition hat zu Lasten der jungen Generation die Chance eines Wechsels hin zu einem zukunftsfesten und generationengerechten Versicherungssystem leichtfertig vertan.

Statt die Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen sowie die unternehmerische Freiheit der Leistungsanbieter zu stärken, wird mit dem Gesetzentwurf der Weg in mehr Staat(s-Pflege) im Sinne immer stärkerer staatlicher Reglementierung und staatlicher bzw. quasi-staatlicher Institutionen eingeschlagen. Viele der Vorhaben des Gesetzentwurfs, einschließlich der vorgesehenen Leistungsverbesserungen, bieten weiteren Anlass zu Kritik. Eine entscheidende Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen wird so kaum erreicht:

– Die Einrichtung von Pflegestützpunkten mit dort angesiedelten, bei den Pflegekassen angestellten Pflegeberatern ist ein großer Schritt in Richtung einer staatlich gelenkten Pflege.

  Auch wenn die einzurichtende Zahl der Pflegestützpunkte von den ursprünglich von der Bundesministerin für Gesundheit und der SPD gewollten und im Kabinettsbeschluss zugestandenen 4 100 auf nur noch 1 200 reduziert wurde, bleibt es dabei, dass durch die Einrichtung der Pflegestützpunkte bereits bestehende, durch Pflegebedürftige und ihre Angehörige genutzte Beratungsangebote verdrängt werden. Für Pflege- und Krankenkassen ist für den Betrieb der Pflegestützpunkte nach wie vor mit Mehrkosten in dreistelliger Millionenhöhe zu rechnen. Diese Mittel der Pflegeversicherung, die für die Einrichtung neuer bürokratischer und vielfach überflüssiger Strukturen verausgabt werden, fehlen jedoch an den Pflegebetten.

  Im Gesetzgebungsverfahren ist zudem völlig unklar geblieben, welche (Beratungs-)Angebote vor Ort bereits bestehen. Weder enthält die Gesetzesbegründung hierzu verlässliche Aussagen noch legte die Bundesregierung auf parlamentarische Anfragen hin entsprechende Zahlen und Informationen vor. Zwar bleibt es nun den Ländern überlassen, ob sie Pflegestützpunkte einrichten wollen. Die Ungenauigkeiten des Gesetzentwurfs lassen aber zu, dass hier bereits bestehende Einrichtungen umgewidmet oder nur leicht verändert werden, um in den Genuss der Anschubfinanzierung zu kommen. Mit den zwischen den Regierungsfraktionen ausgehandelten Änderungen ist somit nichts gewonnen: Die Kosten des Betriebs der Pflegestützpunkte werden

weiterhin durch Mehrausgaben der Pflege- und Krankenkassen finanziert werden müssen. Dieses Geld steht für die Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger nicht zur Verfügung. Im Übrigen hat die Bundesministerin für Gesundheit schon für Verwirrung beim Koalitionspartner gesorgt und die Weichen vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens in Richtung Pflegestützpunkte gestellt, indem sie diese bereits per Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte und Pflegeberater“ erproben lässt. Erste Ergebnisse sollen schon vor Inkrafttreten der Reform vorliegen und in die Errichtung der Pflegestützpunkte einfließen.

Auch wenn mittlerweile im Gesetzestext klargestellt wurde, dass die Entscheidungskompetenz für den durch den Pflegeberater aufgestellten Versorgungsplan bei dem zuständigen Leistungsträger liegen muss, hat der Pflegeberater über die Umsetzung des Versorgungsplans großen Einfluss auf die Anbieterstrukturen vor Ort. Dies kann das Aus für viele etablierte und bewährte Angebote und Anbieter bedeuten. Die ursprünglich beabsichtigte, rechtlich und praktisch nicht realisierbare Leistungsgewährung aus einer Hand wurde von den Regierungsfraktionen mit Blick auf die Ergebnisse der Anhörung fallen gelassen. Damit bietet die durch den Pflegeberater durchzuführende Pflegeberatung allerdings keinen Mehrwert mehr für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Die noch verbleibenden Aufgaben der Pflegeberater und -stützpunkte werden bereits heute durch andere Stellen ausgeführt und könnten, wie die Koordination und Vernetzung bestehender Hilfe- und Unterstützungsangebote, auch virtuell umgesetzt werden.

– Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung („Pflegeurlaub“) und die bis zu sechsmonatige Pflegezeit werden zu einer größeren Planungsunsicherheit für die Unternehmen führen. Beide Maßnahmen werden sich als zusätzliche Einstellungs- bzw. Beschäftigungshemmnisse für die immer noch in der Mehrzahl pflegenden Frauen herausstellen. Flexible, individuelle Regelungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind pauschalen gesetzlichen Ansprüchen vorzuziehen. Nach sechsmonatiger Pflege wird der pflegende Angehörige zudem kaum in den Beruf zurückkehren können, da der Pflegebedarf im Zeitablauf eher steigt als abnimmt.

– Eine konsequente Entbürokratisierung der Pflege wird nicht vollzogen. Sie hätte den Pflegenden wieder mehr Zeit für die Pflege am Menschen gegeben. Eine von der Bewertung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) unabhängige Transparenz über die (Ergebnis-)Qualität der Pflege wird nicht hergestellt.

Die Bundesregierung versäumt, mit dem Gesetzentwurf Regelungen konsequent abzubauen, die die Situation der Pflegebedürftigen nicht entscheidend verbessert haben. Eine solche Entbürokratisierung wäre aber dringend notwendig, da die Umsetzung dieser Regelungen die Pflegenden Zeit kostet, die dann nicht mehr für die eigentliche Pflege am Menschen zur Verfügung steht. Ein gutes Beispiel ist hier die Abschaffung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV), die dem Inhalt nach an anderer Stelle, bei den Entgeltvereinbarungen, gleich wieder eingeführt werden.

Die Fokussierung auf die Ergebnisqualität ist wünschenswert und wird begrüßt. Bei der Entwicklung der dafür notwendigen Indikatoren und Instrumente muss gewährleistet sein, dass die Beurteilung nachvollziehbar und transparent ist. Im vorliegenden Gesetzentwurf bleibt der MDK jedoch die zentrale Kontrollinstanz. Seine Beratungs-, Kontroll- und Begutachtungsaufgaben werden noch, mit entsprechend höherem Personalbedarf und zusätzlichen Kosten, ausgeweitet. Der Misstrauensvorbehalt gegen die Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtung im Bemühen um eine gute Qualität der Pflege besteht fort. Es bleibt bei dem untauglichen Versuch, Qualität in die Einrichtung hineinregulieren und -prüfen zu wollen. Ge-

gen die Veröffentlichung fehlerhafter Prüfberichte kann die Einrichtung nur über die Beantragung einer kostenpflichtigen Wiederholungsprüfung vorgehen. Die unverzügliche Umsetzung verbindlicher Expertenstandards wird für viele Einrichtungen mit Problemen verbunden sein.

– Vor dem Hintergrund der für November 2008 zu erwartenden Ergebnisse des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden mit der Erhöhung der Leistungen für ambulant betreute Versicherte, nun auch der sog. Pflegestufe Null, mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf und der Einführung von Vergütungszuschlägen für stationär betreute Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf teure Übergangslösungen geschaffen. Konsequenter- und logischerweise hätte die Bundesregierung den Beirat so früh einsetzen müssen, dass seine Ergebnisse vor der Erarbeitung und Verabschiedung eines Pflegereformgesetzes vorgelegen hätten.

  Die Erhöhung des zusätzlichen Betreuungsbetrags für ambulant betreute Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf wird zudem für viele Anspruchsberechtigte geringer ausfallen als erhofft. Wer genau welchen Betrag bekommen soll, lässt der Gesetzentwurf offen. In den Anhörungen hatten die Pflegekassen schon angedeutet, dass die Unklarheit über die genaue Leistungshöhe zu bürokratischem Mehraufwand führen wird.

– Markt und Wettbewerb in der Pflege werden durch den Gesetzentwurf weiter reduziert. Die Folgen müssen nicht nur die Pflegeeinrichtungen tragen. Die Mehrkosten aus der Verpflichtung der Pflegeeinrichtung auf Zahlung einer „ortüblichen“ Arbeitsvergütung an die Beschäftigten als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages bzw. die Festlegung auf einen mittleren Tariflohn, belasten die Einrichtungen und erhöhen die Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an den Pflegekosten. Die Regelung wird ohnehin wenig praktikabel sein und zu erheblichem bürokratischen Mehraufwand führen.

– Obwohl die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) die gleichen Aufgaben zu erfüllen hat wie die GPV, wird ihr die gleichberechtigte Mitarbeit, etwa bei den Begutachtungsrichtlinien, den Expertenstandards und der neu zu schaffenden Schiedsstelle Qualitätssicherung verweigert. Bei den Pflegestützpunkten wird sie auf die reine Zahlerfunktion reduziert, statt ihr die Möglichkeit zu geben, für ihre Versicherten eine eigenständige und gute Beratung auf die Beine zu stellen und so den künftigen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung umzusetzen. Die Übertragung der Regelungen zur Bezahlbarkeit des Basistarifs auf die PPV wirft erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken auf.

– Die finanziellen Folgen des Gesetzentwurfs sind nicht überschaubar. Insbesondere die Kosten des Betriebs der Pflegestützpunkte bleiben weiterhin im Dunklen. Die Mehrkosten der zusätzlichen Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sind nicht einmal im Groben definiert. An die im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorgelegten Änderungsanträge wurde das Finanztableau erst gar nicht mehr angepasst.

Neben den Regelungen zur Pflege sind einige problematische Änderungen aufgenommen worden, die den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betreffen:

– Die Ärzte sollen unter Umgehung der ärztlichen Schweigepflicht Daten über Patienten an die Krankenkassen übermitteln, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Versicherte sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z. B. eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben. Diese Regelung geht deutlich zu weit. Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht ohne Einwilligung ihrer Patienten zu Informanten der Krankenkas-

sen gemacht werden. Eine Weiterleitung der Daten ohne Zustimmung stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis dar. Das Problem, dass die Gemeinschaft der GKV-Versicherten nicht ungerechtfertigterweise in Anspruch genommen werden soll, lässt sich ohne einen so gravierenden Eingriff in das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient lösen.

– Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenkassen ohne Beteiligung der Ärzte Modellvorhaben vorsehen können, die eine inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer betreffen, ist im Hinblick darauf, dass nur einvernehmliche Lösungen, die für den Patienten notwendige Versorgungsqualität gewährleisten können, kontraproduktiv. Wenn hier keine Konsensbildung stattfindet, geht das zu Lasten der Patienten und schafft neue Schnittstellenprobleme. Darüber trägt die Verengung der Modellvorhaben auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe sowie der Physiotherapeuten den sich abzeichnenden Entwicklungen nicht in ausreichendem Maße Rechnung. Vielmehr müssen die Verhandlungspartner unter Berücksichtigung der notwendigen Qualifikationsanforderungen Vereinbarungen auch im Hinblick auf andere Berufsgruppen, wie z. B. medizinische Fachangestellte treffen können.

II. Der Deutsche Bundestag hält es für erforderlich, sich im Rahmen der Reform der GPV an folgenden Leitlinien zu orientieren:

– Mit einem gleitenden Übergang in ein kapitalgedecktes und prämienfinanziertes Versicherungssystem muss unverzüglich begonnen werden, um die Umverteilung zu Lasten der jungen und nachfolgenden Generationen zu reduzieren. Jede Generation trägt dann letztlich die Lasten, die sie selbst verursacht. Um Reserven zu schaffen für Zeiten, in denen höhere Pflegeausgaben erwartet werden, und damit die Prämie im Zeitablauf zu glätten, werden eigentumsrechtlich geschützte Altersrückstellungen gebildet. Der Übergang in ein zukunftssicheres System muss mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich verbunden werden, um eine Überforderung zu verhindern. Ein demografiefestes Finanzierungssystem schafft die Voraussetzungen dafür, die notwendigen Verbesserungen wie eine Dynamisierung der Pflegeleistungen und spezielle Leistungen für Demenzkranke generationengerecht zu finanzieren.

– Pflegebedürftige sollen grundsätzlich die Pflege nach ihren eigenen Wünschen gestalten können. Dies beinhaltet die Auswahl und Zusammenstellung von Pflegeleistungen gemäß den individuellen Bedürfnissen. Wer dies nur eingeschränkt oder gar nicht mehr kann, soll hierbei unbürokratisch Hilfe erhalten. Ziel muss es sein, Pflegebedürftigen so lange wie möglich das gewünschte Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

– Die Transparenz bezüglich der existierenden Pflegeangebote, ihrer Preise und vor allem ihrer Qualität muss verbessert werden. Statt die Kompetenzen des MDK im Rahmen der Qualitätssicherung und -prüfungen immer stärker auszuweiten, muss sichergestellt werden, dass die Unternehmen für die Sicherung der Qualität ihrer Einrichtung verantwortlich sind und auch über ein möglichst nah an der Ergebnisqualität orientiertes Benchmarking nach bundeseinheitlichen Kriterien für die nötige Transparenz zu sorgen haben. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können dann eine Einrichtung besser nach Qualitätsaspekten auswählen.

– Pflegenden muss wieder mehr Zeit für die Pflege und soziale Betreuung der Pflegebedürftigen verbleiben. Dafür müssen die Leistungsanbieter konsequent von bürokratischen Hemmnissen entlastet werden, die einen großen Teil der Arbeitszeit der Pflegenden binden, aber zu keiner Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen beigetragen.

– Forderungen nach einem gesetzlichen Mindestlohn für die Pflege ist eine klare Absage zu erteilen.

– In der Pflege braucht es nicht mehr Staat(s-Pflege) im Sinne neuer staatlicher Reglementierung und staatlicher bzw. quasi-staatlicher Institutionen, sondern mehr individuelle Freiheit sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Anbieter von Pflege, um auf die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen flexibel und bestmöglich reagieren zu können.

– Es muss sichergestellt werden, dass die ärztliche Schweigepflicht auch bei Leistungen, die sich als Folge einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ergeben, nicht unterlaufen wird. Voraussetzung für die Weitergabe entsprechender Daten an die Krankenkassen ist deshalb die Einwilligung des Patienten. In Fällen, in denen der Versicherte der Weitergabe der Informationen an die Krankenkasse widerspricht, soll die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse verweigert werden dürfen mit der Konsequenz, dass der Patient die Rechnung für die entsprechenden Leistungen privat bezahlen muss. So wird die Gemeinschaft der GKV-Versicherten vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme geschützt, ohne den Arzt zum Informanten der Krankenkasse zu machen. Gleichzeitig wird die im Rahmen eines Krankheitsgeschehens notwendige Flexibilität erhalten, eine Leistung im Ausnahmefall dennoch über die Krankenversicherung abzurechnen, wenn der behandelnde Arzt z. B. feststellt, dass die vorangegangene ästhetische Operation auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen war.

– Bei Modellvorhaben, die die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Vertreter anderer Gesundheitsberufe vorsehen, sind die Ärzte zwingend zu beteiligen und es muss sichergestellt werden, dass die Gesamtverantwortung beim Arzt verbleibt.

Berlin, den 12. März 2008

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333